

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE & DE PHARMACIE
DE LYON

Année 1963 — N° 247

**Étude Statistique de l'Influence
de la Nationalité, du Domicile, de la Profession,
de la Situation Matrimoniale et de l'Age,
sur l'État Gravido - Puerpéral**

THÈSE

PRESENTÉE A LA

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de LYON

et soutenue publiquement le 19 Décembre 1963
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Aimé BRIOT

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né le 31 Juillet 1934, à St-ETIENNE (Loire)



Imprimerie BRUGNOT
26, Crs H.-d'Estienne-d'Orves - Marseille

1963

Étude Statistique de l'Influence
de la Nationalité, du Domicile, de la Profession,
de la Situation Matrimoniale et de l'Age,
sur l'État Gravidé - Puerpéral



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyens honoraires : M. J. LEPINE, Membre de l'Institut
M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut

Doyen : M. J.-F. CIER

Assesseurs : MM. M. LEVRAT
L. REVOL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND,
MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS
GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET

PROFESSEURS

Clinique urologique
Physique biologique

Clinique neuro-psychiatrique
et d'hygiène mentale
Chimie organique et toxicologie
Clinique chirurgicale B
Clinique médicale B
Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires
Clinique médicale C
Chimie biologique et médicale
Clinique chirurgicale A
Pharmacie galénique
Clinique gynécologique
Clinique obstétricale
Médecine du travail
Clinique médicale A
Hygiène et action sanitaire et sociale
Botanique et cryptogamie
Clinique chirurgicale C
Chimie analytique pharmaceutique
Pharmacie chimique et pharmacologie
Médecine légale et déontologie
Parasitologie et pathologie exotique
Clinique d'oto-rhino-laryngologie
et d'audio-phonologie
Clinique ophtalmologique
Clinique de dermatologie
syphiligraphie et allergologie
Clinique de pneumo-phthisiologie
Clinique traumatologique des membres
Clinique carcinologique
Anatomie pathologique
Pathologie générale et expérimentale
Anatomie
Pathologie chirurgicale
Thérapeutique
Pathologie médicale
Physio-pathologie des voies respiratoires
Radiologie
Clinique des maladies infectieuses
Hydrologie thérapeutique
climatologie et écologie sociale
Bactériologie
Physiologie et pathologie obstétricales
Physiologie B
Clinique endocrinologique
Clinique de chirurgie orthopédique

MM. CIBERT
PONTIUS
(détaché à Beyrouth)

DECHAUME
CHAMBON
WERTHEIMER
PAUPERT-RAVAULT
FROMENT
CROIZAT
ENSELME
MALLET-GUY
REVOL
POLLOSSON
PIGEAUD
BOURRET
LEVRAT
SOHIER
NETIEN
BERTRAND
BADINAND
DREVON
ROCHE
COUDERT

MOUNIER-KUHN
PAUFIQUE

THIERS
BRUN
CREYSSSEL
DARGENT
GUICHARD
GIRARD Paul
LATARJET
PEYCELON
GIRARD Marcel
VACHON
GALY
PAPILLON
JEUNE

GONIN
MONNET
BANSSILLON
CHATONNET
GUINET
TRILLAT

Clinique stomatologique	FREIDEL
Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantile	MARION Joseph
Matière médicale et législation pharmaceutique	DORCHE
Histologie et embryologie	DUMONT Louis
Chimie	PERROT
Physiologie A	CIER J.-F.
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire	PERRIN J.
Clinique de chirurgie cardiaque	MICHAUD Pierre
Clinique médicale infantile	
et hygiène du premier âge	X...
Biologie médicale et pharmacodynamie	X...

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine	MM. BERGER
Bactériologie	BERTOYE
Neuro-chirurgie	MANSUY
Chimie pharmaceutique	COLLET
Clinique de pédiatrie	SARROUY
Climatologie	LACROIX
Clinique chirurgicale propédeutique	LIARAS
Neuro-chirurgie	LECUIRE
Médecine générale	REVOL
Thérapeutique chirurgicale	GOINARD

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Parasitologie	MM. ROMAN
Pharmacie chimique et pharmacologie	CIER André
Anatomie pathologique	FEROLDI
Physique biologique	MORET

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

Chimie biologique	MM. CREYSSSEL Roger
Hygiène	THIVOLET
Parasitologie	GARIN
Electro-radiologie	PINET
Botanique et cryptogamie	ODDOUX
Chimie analytique	DE SOLLIERS
Médecine du travail	TOLOT
Médecine générale	DESPIERRES
Neuro-psychiatrie	GUYOTAT
Chirurgie générale	DESCOTES
Pathologie expérimentale	JOUVET
Physique biologique	PEYRIN
Anatomie pathologique	TOMMASI
Electro-radiologie	BUFFARD
Médecine générale et thérapeutique	LEJEUNE
Stomatologie	DE MOURGUES F.
Maladies infectieuses	NAUSSAC
Chirurgie générale	REBOUILLAT
Pédiatrie	ROMAGNY
Médecine générale	DELAHAYE
Anesthésiologie	DELEUZE R.
Electroradiologie diagnostic et thérapeu- tique	
Anesthésiologie	GIRAUD M.
	MICHEL

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

Anatomie	MM. DUROUX
Thérapeutique	BRETTE
Anatomie	BOUCHET
Hématologie	FAVRE-GILLY
Histologie et embryologie	GIROD
Chimie biologique	GRAS
Chimie analytique	MALLEIN
Hygiène	RIFPAT
Biologie médicale et pharmacodynamie	FAUCON
Physiologie	FLANDROIS
Bactériologie	VIAILLIER-RAYNARD

AGREGES EN EXERCICE

Obstétrique
Pédiatrie et puériculture
Oto-rhino-laryngologie
Chirurgie générale
Chirurgie générale
Chirurgie générale
Médecine générale
Médecine générale
Chirurgie générale
Médecine générale
Médecine générale
Ophtalmologie
Médecine légale
Dermatologie
Chirurgie générale
Médecine générale
Obstétrique
Urologie
Chirurgie générale
Chirurgie générale
Neuro-psychiatrie
Neuro-chirurgie
Electro-radiologie
Orthopédie
Oto-rhino-laryngologie
Médecine générale
Ophtalmologie
Pneumo-phtisiologie
Médecine générale
Chirurgie générale
Médecine générale
Médecine générale
Médecine générale
Pédiatrie et puériculture
Stomatologie
Médecine générale
Obstétrique
Médecine générale
Chirurgie générale
Médecine générale
Médecine générale
Orthopédie

MM. BURTHIAULT
FRANÇOIS
GIGNOUX
GUILLEMIN
JAUBERT DE BEAUJEU
MARION Pierre
PLAUCHU
PONT
SAUTOT
TRAEGER
VIGNON
BONAMOUR
COLIN
COLOMB
DE MOURGUES G.
DEVIC
DUMONT Martial
DURAND
FRANCILLON
SAUBIER
SCHOTT
ALLEGRE
CHASSARD
FAYSSE
GAILLARD
GARDE
HUGONNIER
KALB
LARBRE
MARET
MORNEX
NORMAND
PERRIN André
BETHENOD
DUMAS
FRIES
GARMIER
LAMBERT
MICHOULIER
NOEL
ROBERT
SCHNEPP

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : Monsieur BANSSILLON
Assesseurs : MM. ROCHE - MAGNIN - FRANÇOIS

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE & DE PHARMACIE
DE LYON

Année 1963 — N° 247

Étude Statistique de l'Influence
de la Nationalité, du Domicile, de la Profession,
de la Situation Matrimoniale et de l'Age,
sur l'État Gravidé - Puerpéral

THÈSE

PRESENTÉE A LA

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de LYON

et soutenue publiquement le 19 Décembre 1963
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Aimé BRIOT

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né le 31 Juillet 1934, à St-ETIENNE (Loire)



Imprimerie BRUGNOT
26, Crs H.-d'Estienne-d'Orves - Marseille

1963



A MA FEMME BIEN AIMEE

A MES ENFANTS SYLVAINE ET LIONEL

A MA MERE REGRETTEE

A MON PERE

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de mon affection et de mon filial attachement.

A MES BEAUX-PARENTS

Ils nous ont aidé tout au long de ces années d'études.

Qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre affection.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE **PROFESSEUR BANSSILLON**

professeur de physiologie
et pathologie obstetricales

Il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici, l'expression de toute notre gratitude et de notre respect.

A NOS JUGES

Monsieur le **Professeur ROCHE**

Professeur de Médecine légale et de Déontologie

*Nous le remercions vivement de l'honneur qu'il nous fait,
en acceptant de juger cette thèse.*

Monsieur le Professeur **Agrégé MAGNIN**

Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux

Il nous a inspiré ce travail.

Il nous a toujours accueilli avec bienveillance, ses encouragements, sa courtoisie, ses compétences, ont été pour nous d'un grand réconfort.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre respectueux attachement.

Monsieur le **Professeur Agrégé FRANÇOIS**

Il nous a fait l'honneur d'accepter de nous juger.

Nous sommes heureux de pouvoir lui exprimer ici notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le **Docteur SITE**
assistant au Laboratoire de physique biologique

Il nous a guidé dans l'élaboration de ce travail, ses conseils nous ont été précieux pour l'exposé statistique.

Qu'il trouve, ici, le témoignage de notre amicale reconnaissance.

A Monsieur le **Docteur ROBIN**
Médecin Inspecteur Divisionnaire de la Circonscription
sanitaire de Lyon
Directeur départemental de la Santé du Rhône

Nous le remercions pour l'aide efficace qu'il nous a apportée pour la réalisation de cette étude.

A Monsieur le **Docteur VIOLET**
Médecin Inspecteur Divisionnaire
Directeur du Bureau d'Hygiène de Lyon et Villeurbanne

Il nous a fourni une partie des documents rapportés ici. Nous lui sommes reconnaissant de l'intérêt qu'il a bien voulu porter à la réalisation de ce travail.

A Monsieur le **Médecin Général Inspecteur BORON**
Professeur agrégé du Val de Grâce
Chirurgien des Hôpitaux Militaires
Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire
et de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes

A Monsieur le **Médecin Colonel CAMELIN**
Professeur agrégé du Val de Grâce
Médecin Chef de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes
Sous-Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE LYON
ET DE L'HOPITAL MILITAIRE DESGENETTES
A MES CAMARADES DE L' E.S.S.M.

A Mademoiselle **LAPORTE**
Assistante Sociale de la Maternité

A Mademoiselle **LARONZE**
Assistance Sociale P.M.I.
de la Direction Départementale du Rhône

A Mademoiselle **GAUMOND**

dont la collaboration nous a été précieuse

FACTEURS

N A T I O N A L I T É

TOTAUX

GROSSESSE

PATHOLOGIE

Cardiopathie
 Diabète et prédiabète
 Dysgravité sans albumine
 Eclampsisme et Eclampsie
 Grossesse prolongée
 H. T. A. solitaire
 Isoimmunisation
 Néphrite chronique
 Néphropathie gravidique
 Obésité
 Pyélite et Pyélonéphrite
 Syphilis
 Tuberculose génitale
 » pulmonaire
 Vaginite et Cervicite
 Varices
 Vomissements graves

MORTALITE MATERNELLE

ANOMALIES FŒTALES et des ANNEXES FŒTALES

Décollement prématuré
 du placenta normalement inséré
 Fibrome
 Hydramnios
 Placenta praevia

MORT DU FŒTUS IN UTERO

31
15
55
6
120
30
33
4
109
76
81
37
2
46
99
372
470
0
0
0
0
0
0
0
0
0
2
0
0
0
0
0
04
1
16
0
0
5
4
0
13
10
7
3
3
7
27
11
3
6
0
18
2
2
0
9
9
6
13
1
17
25
113
0
5
0
14
5
5
2
13
10
4
1
0
2
7
22
423
11
28
6
79
18
22
2
74
47
42
20
1
33
68
294
31

0

0

7
7
17
33
(883)1
2
2
4
(106)

(142)

(123)

(8)

(1.262)

44

PUERPERALITE

PRESENTATIONS PATHOLOGIQUES

Bregma	1	0	0	0	1
Epaule	9	1	3	2	15
Face	6	1	4	2	13
Front	3	0	0	0	3
Gemellaire	30	9	3	3	45
Occipito-sacrée	24	2	7	6	39
Siège	83	14	19	12	128
Difficultés bras et tête dernière	4	2	2	1	9
Grandes extractions	7	0	1	2	10

DYSTOCIES OSSEUSES et des PARTIES MOLLES

Bassin rétréci	96	22	18	32	170
Dystocie des épaules	26	7	5	5	42
Epreuve du travail +	52	12	7	14	85
» » » —	9	0	1	3	14
Kyste de l'ovaire	2	0	0	0	2
Procidence et Latérocidence	9	4	8	0	21
Malformation utérine et vaginale	3	0	0	0	5
Travail prolongé	67	5	11	14	98

LESIONS TRAUMATIQUES

Déchirure du Périnée	30	7	4	4	45
Rupture utérine	1	0	0	0	1

INTERVENTIONS

Césarienne curative	23	1	1	5	32
» prophylactique	16	4	3	3	26
» itérative	8	2	2	0	15
Accouchement après césarienne	13	2	3	2	21
Embryotomie	1	1	0	0	2
Forceps	79	12	10	17	119
Hystérectomie	0	0	0	0	0
Incision du col	4	0	0	0	4
Stérilisation	10	0	1	2	13

DELIVRANCE PATHOLOGIQUE

Choc	12	2	7	3	25
Hémorragies	38	6	12	12	68
Délivrance artificielle	73	12	15	8	109

MORT DU FŒTUS AU COURS DU TRAVAIL

.....	7	3	3	0	13
-------	---	---	---	---	----

Maladies diverses	90	9	36	16	1	152
Complications mammaires	44	7		9	0	67
Endométrites	28	5	6	8	1	48
Infections puerpérales	2	0	0	1	0	3
Hémorragies secondaires du post-partum	6	1	2	4	0	13
Phlébites et Infarctus	15	2	4	1	1	23
Physiothérapie pour varices						
MORTALITE MATERNELLE	248	15	13	20	1	297
(Nouveau-né)	0	0	0	0	0	0
Accouchements prématurés	107	23	22	31	1	184
— de 1.500 Gr.	14	2	4	2	0	22
Prématurés de 1.500 à 2.000 Gr.	35	7	3	4	0	49
2.000 à 2.500 Gr.	58	11	18	14	0	101
Gros enfants (+ de 4.500 Gr.)	18	7	5	5	0	35
Hémorragie méningée	11	1	1	1	0	14
Maladies diverses	43	3	14	5	2	67
» hémolytique	21	6	2	4	0	33
Malformation congénitale	65	9	10	8	0	92
Mortalité primaire	47	4	11	4	1	67
» périnatale	78	13	20	11	2	124
Mort apparente	21	9	5	2	0	37
Réanimation 5 minutes et plus	29	2	7	5	1	44
» — de 5 minutes	72	10	10	16	1	109
Traumatisme	19	1	3	3	0	26
TOTAUX	2.746	395	507	471	31	4.150
Nombre de femmes	(2.407)	(276)	(503)	(295)	(28)	(3.509)

FACTEURS

DOMICILE
(Immeubles)Milieu Urbain
(Lyon et Banlieue)

Milieu Rural

TOTAUX

Immeubles
salubresImmeubles
insalubresMaisons
des Mères

Bourgs

Fermes

GROSSE

PATHOLOGIE

Cardiopathie	22
Diabète et prédiabète	10
Dysgravidie sans albumine	34
Eclampsie et Eclampsie	3
Grossesse prolongée	72
H. T. A. solitaire	9
Isolimmunisation	16
Néphrite chronique	2
Népropathie gravidique	65
Obésité	45
Pyélite et Pyélonéphrite	57
Syphilis	19
Tuberculose génitale	1
» pulmonaire	32
Vaginite et Cervicite	59
Varices	225
Vomissements graves	29
MORTALITE MATERNELLE	0

ANOMALIES FŒTALES et des ANNEXES FŒTALES

Décollement prématuré du placenta normalement inséré	5
Fibrome	9
Hydramnios	18
Placenta praevia	28
(760)	(110)
22	4

MORT DU FŒTUS IN UTERO

1	5	1	1	1	31
0	2	0	1	2	15
1	5	1	12	3	55
1	1	1	0	1	6
7	11	7	28	2	120
1	4	1	11	5	30
1	2	1	9	5	33
0	0	0	2	0	4
7	0	11	22	4	109
9	9	2	19	1	76
4	4	5	13	2	81
3	3	1	8	0	37
0	0	0	1	0	2
2	2	3	8	1	46
17	17	7	16	0	99
17	17	11	102	17	372
6	6	0	11	1	47
0	0	0	0	0	0
1	1	0	1	1	8
1	1	0	1	0	11
4	4	0	10	2	34
7	7	1	7	3	46
(53)	(53)	(51)	(288)	(51)	(1262)
3	3	4	11	4	44
44	44	44	44	44	44

PUERPERALITE

PRESENTATIONS PATHOLOGIQUES

Bregma	1	0	0	0	0	1
Epaule	9	3	0	2	1	15
Face	9	1	0	2	1	13
Front	3	0	0	0	0	3
Gemellaire	23	2	2	15	3	45
Occipito-sacrée	28	2	0	8	1	39
Siège	83	11	8	20	3	128
Difficultés bras et tête dernière	4	1	3	1	0	9
Grandes extractions	0	0	3	7	0	10

DYSTOCIES OSSEUSES et des PARTIES MOLLES

Bassin rétréci	80	26	11	47	6	170
Dystocie des épaules	23	6	1	10	2	42
Epreuve du travail +	45	15	4	19	2	95
» » —	7	1	1	5	0	14
Kyste de l'ovaire	1	0	0	1	0	2
Procidence et Latérocidence	10	4	2	5	0	21
Malformation utérine et vaginale	3	1	0	1	0	5
Travail prolongé	50	14	9	21	4	98

LESIONS TRAUMATIQUES

Déchirure du Périnée	24	6	3	9	3	45
Rupture utérine	0	0	0	0	1	1

INTERVENTIONS

Césarienne curative	14	3	4	10	1	32
» prophylactique	12	1	0	9	4	26
» itérative	7	1	0	7	0	15
Accouchement après césarienne	15	0	0	3	3	21
Embryotomie	0	1	0	1	0	2
Forceps	53	14	13	27	4	119
Hystérectomie	0	0	0	0	0	0
Incision du col	1	0	1	2	0	4
Stérilisation	5	1	0	6	1	13

DELIVRANCE PATHOLOGIQUE

Choc	15	6	1	1	2	25
Hémorragies	41	11	5	8	3	68
Délivrance artificielle	63	12	3	21	5	109

MORT DU FOETUS
AU COURS DU TRAVAIL

SUITE DE COUCHES GROUPEES POUR ETUDE STATISTIQUE												
	78	21	14	37	2	152		12	9	67	16	297
Maladies diverses	35	7	6	18	1	67		0		0		
Complications mammaires	16	7	7	13	5	48						
Endométrites	1	0	0	1	1	3						
Infections puerpérales												
Hémorragies secondaires												
du post-partum	7	0	1	3	2	13						
Phlébites et Infarctus	13	1	2	7	0	23						
Physiothérapie pour varices												
MORTALITE MATERNELLE												
(Nouveau-né)	193	12	9	67	16	297		0	0	0	0	0
Accouchements prématurés	106	21	12	31	14	184						
— de 1.500 Gr.	15	2	1	2	2	22						
Prématurés de 1.500 à 2.000 Gr.	22	7	4	12	4	49						
2.000 à 2.500 Gr.	63	11	7	18	2	101						
Gros enfants (+ de 4.500 Gr.)	26	2	0	6	1	35						
Hémorragie méningée	5	1	3	3	2	14						
Maladies diverses	32	11	3	19	2	67						
» hémolytique	18	2	1	9	3	33						
Malformation congénitale	49	10	9	18	6	92						
Mortalité primaire	35	8	3	16	5	67						
» périnatale	62	16	6	29	11	124						
Mort apparente	12	11	5	4	5	37						
Réanimation 5 minutes et plus	22	5	3	10	4	44						
» — de 5 minutes	50	13	14	29	3	109						
Traumatisme	14	5	0	6	1	26						
TOTAUX	2.317	443	251	935	204	4150						
Nombre de femmes	(2.123)	(297)	(206)	(790)	(93)	(3.509)						

FACTEURS

PROFESSIONS

GROSSESSE

PATHOLOGIE

S.P.	Ou- vrières	Em- ployées	Gens de Maison	Culti- vateurs	Profes. libérales ou C.M.	TOTAUX
Cardiopathie	22	4	1	1	2	31
Diabète et prédiabète	8	4	0	0	0	15
Dysgravide sans albumine	44	4	1	2	1	55
Eclampsie et Eclampsie	3	1	0	0	0	6
Grossesse prolongée	80	19	6	2	5	120
H. T. A. solitaire	15	4	3	5	0	30
Isoimmunisation	18	4	1	5	0	33
Néphrite chronique	4	0	0	0	0	4
Néphropathie gravidique	69	16	12	4	1	109
Obésité	52	12	4	1	1	76
Pyélite et Pyélonéphrite	46	18	5	2	1	81
Syphilis	30	3	3	0	0	37
Tuberculose génitale	1	0	0	0	1	2
» pulmonaire	28	5	3	1	1	46
Vaginite et Cervicite	58	23	9	0	2	99
Varices	271	23	33	17	8	372
Vomissements graves	37	3	3	1	1	47
MORTALITE MATERNELLE	0	0	0	0	0	0

ANOMALIES FETALES et des ANNEXES FETALES

Décollement prématuré du placenta normalement inséré	6	0	1	1	0	8
Fibrome	7	1	2	0	0	11
Hydramnios	26	4	1	2	0	34
Placenta praevia	32	3	2	3	3	46
(857)	(151)	(87)	(89)	(51)	(27)	(1.262)
MORT DU FOETUS IN UTERO	30	4	2	4	0	44
						44

FACTEURS

GROSSESSE

PATHOLOGIE

Cardiopathie
 Diabète et prédiabète
 Dysgravidie sans albumine
 Eclampsisme et Eclampsie
 Grossesse prolongée
 H. T. A. solitaire
 Isoimmunisation
 Néphrite chronique
 Néphropathie gravidique
 Obésité
 Pyélite et Pyélonéphrite
 Syphilis
 Tuberculose génitale
 » pulmonaire
 Vaginite et Cervicite
 Varices
 Vomissements graves

MORTALITE MATERNELLE

ANOMALIES FŒTALES et des ANNEXES FŒTALES

Décollement prématuré
 du placenta normalement inséré
 Fibrome
 Hydramnios
 Placenta praevia

MORT DU FŒTUS IN UTERO

FACTEURS	SITUATION MATRIMONIALE				TOTAUX
	Mariée	Célibataire	Divorcée	Vivant maritalement	
Cardiopathie	24	6	1	0	31
Diabète et prédiabète	12	3	0	0	15
Dysgravidie sans albumine	47	8	0	0	55
Eclampsisme et Eclampsie	4	2	0	0	6
Grossesse prolongée	97	20	1	2	120
H. T. A. solitaire	22	7	0	1	30
Isoimmunisation	28	5	0	0	33
Néphrite chronique	4	0	0	0	4
Néphropathie gravidique	84	23	2	0	109
Obésité	68	6	1	1	76
Pyélite et Pyélonéphrite	58	19	1	3	81
Syphilis	28	5	0	4	37
Tuberculose génitale	2	0	0	0	2
» pulmonaire	39	6	1	0	46
Vaginite et Cervicite	73	21	0	5	99
Varices	322	36	6	8	372
Vomissements graves	45	1	0	1	47
MORTALITE MATERNELLE	0	0	0	0	0
ANOMALIES FŒTALES et des ANNEXES FŒTALES					
Décollement prématuré du placenta normalement inséré	8	0	0	0	8
Fibrome	10	1	0	0	11
Hydramnios	33	1	0	0	34
Placenta praevia	39	4	1	2	46
MORT DU FŒTUS IN UTERO	(1.047)	(174)	(14)	(27)	(1.262)
	36	6	1	1	44
				10	44

PUERPERALITE

PRESENTATIONS PATHOLOGIQUES

Bregma	1	0	0	1
Epaule	14	0	1	15
Face	13	0	0	13
Front	2	0	0	3
Gemellaire	40	1	0	45
Occipito-sacrée	23	1	0	39
Siège	101	21	4	128
Difficultés bras et tête dernière	5	4	0	9
Grandes extractions	6	4	0	10

DYSTOCIES OSSEUSES et des PARTIES MOLLES

Bassin rétréci	137	27	2	170
Dystocie des épaules	33	3	1	42
Epreuve du travail +	66	14	2	85
» » —	12	2	0	14
Kyste de l'ovaire	2	0	0	2
Procidence et Latérocidence	19	2	0	21
Malformation utérine et vaginale	5	0	0	5
Travail prolongé	82	14	2	93

LESIONS TRAUMATIQUES

Déchirure du Périnée	41	4	0	45
Rupture utérine	1	0	0	1

INTERVENTIONS

Césarienne curative	26	6	0	32
» prophylactique	23	1	1	26
» itérative	13	1	1	15
Accouchement après césarienne	21	0	0	21
Embryotomie	2	0	0	2
Forceps	89	28	1	119
Hystérectomie	0	0	0	0
Incision du col	1	3	0	4
Sterilisation	12	0	1	13

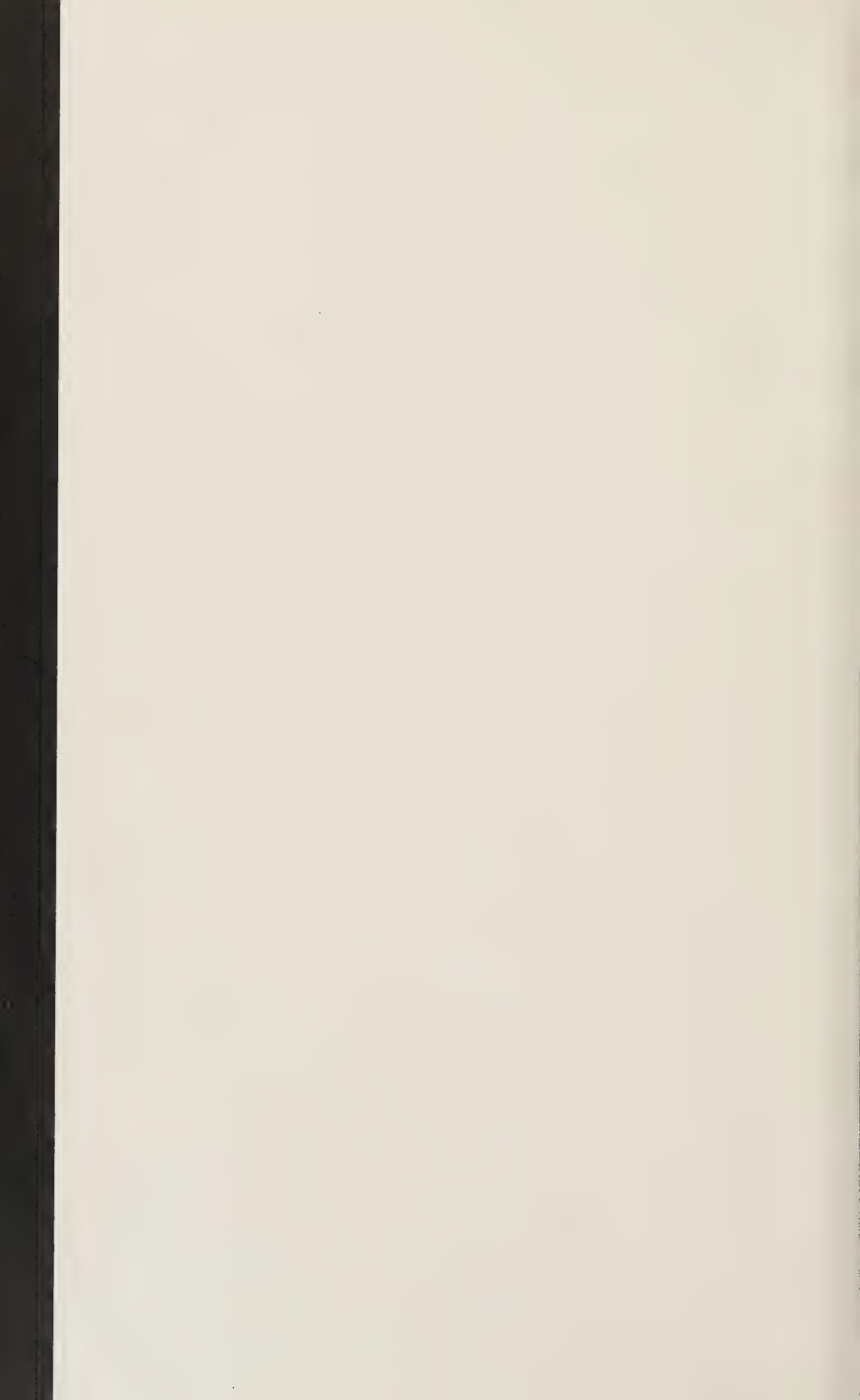
DELIVRANCE PATHOLOGIQUE

Choc	21	2	0	25
Hémorragies	50	13	1	68
Délivrance artificielle	83	18	1	109

MORT DU FŒTUS
AU COURS DU TRAVAIL

	10	3	0	13
--	----	---	---	----

Maladies diverses	123	21	4	4	152
Complications mammaires	48	15	1	3	67
Endométrites	35	13	0	0	48
Infections puerpérales	3	0	0	0	3
Hémorragies secondaires					
du post-partum	11	2	0	0	13
Phlébites et Infarctus	20	2	1	0	23
Physiothérapie pour varices					
MORTALITE MATERNELLE	0	0	0	0	0
(Nouveau-né)					
Accouchements prématurés	134	43	2	5	184
— de 1.500 Gr.	18	3	0	1	22
Prématurés de 1.500 à 2.000 Gr.	40	7	1	1	49
2.000 à 2.500 Gr.	78	21	2	0	101
Gros enfants (+ de 4.500 Gr.)	31	1	1	2	35
Hémorragie méningée	9	3	2	0	14
Maladies diverses	47	13	1	6	67
» hémolytique	30	3	0	0	33
Malformation congénitale	70	17	1	4	92
Mortalité primaire	55	8	2	2	67
» périnatale	101	17	3	3	124
Mort apparente	33	3	1	0	37
Réanimation 5 minutes et plus	40	4	0	0	44
» — de 5 minutes	70	34	3	2	109
Traumatisme	21	4	0	1	26
TOTAUX	3.274	621	64	91	4.150
Nombre de femmes	(2.945)	(448)	(47)	(69)	(3.509)



FACTEURS

GROSSESSE

PATHOLOGIE

Cardiopathie
 Diabète et prédiabète
 Dysgravide sans albumine
 Eclampsie et Eclampsie
 Grossesse prolongée
 H. T. A. solitaire
 Isoimmunisation
 Néphrite chronique
 Néphropathie gravidique
 Obésité
 Pyélite et Pyélonéphrite
 Syphilis
 Tuberculose génitale
 » pulmonaire
 Vaginite et Cervicite
 Varices
 Vomissements graves

MORTALITE MATERNELLE

ANOMALIES FŒTALES et des ANNEXES FŒTALES

Décollement prématuré
 du placenta normalement inséré
 Fibrome
 Hydramnios
 Placenta praevia

MORT DU FŒTUS IN UTERO

AGES

au dessous de 15 ans	de 15 à 20 ans	de 20 à 30 ans	de 30 à 35 ans	au dessus de 35 ans	TOTAUX
0	2	20	6	3	31
0	1	7	5	2	15
0	6	26	11	12	55
0	0	3	1	2	6
0	14	77	17	12	120
0	3	7	8	12	30
0	3	15	7	3	33
0	0	3	1	0	4
0	15	70	11	13	109
0	6	37	17	16	76
0	22	39	12	8	81
0	3	22	6	6	37
0	0	2	0	0	2
0	5	22	10	9	46
0	19	57	14	9	99
0	16	188	50	78	372
0	3	23	11	10	47
0	0	0	0	0	0
0	0	5	2	1	8
0	0	6	2	3	11
0	4	10	11	9	34
1	5	23	10	7	46
(1)	(127)	(622)	(252)	(220)	(1.262)
0	3	23	8	10	44

PUERPERALITE

PRESENTATIONS PATHOLOGIQUES

Bregma	0	0	0	0	1
Epaule	0	0	0	9	15
Face	0	0	7	2	13
Front	0	0	1	2	3
Gemellaire	0	0	2	13	45
Occipito-sacrée	0	7	25	4	39
Siège	1	17	68	28	128
Difficultés bras et tête dernière	0	3	3	2	9
Grandes extractions	0	2	2	4	10

DYSTOCIES OSSEUSES et des PARTIES MOLLES

Bassin rétréci	0	40	93	24	13	170
Dystocie des épaules	0	3	22	9	8	42
Epreuve du travail +	0	25	50	9	1	85
» » —	0	3	10	0	1	14
Kyste de l'ovaire	0	0	2	0	0	2
Procidence et Latérocidence	0	5	12	3	1	21
Malformation utérine et vaginale	0	1	2	2	0	5
Travail prolongé	0	24	56	14	4	98

LESIONS TRAUMATIQUES

Déchirure du Périnée	0	5	25	10	5	45
Rupture utérine	0	0	1	0	0	1

INTERVENTIONS

Césarienne curative	0	3	14	8	7	32
» prophylactique	0	2	14	3	7	26
» itérative	0	1	9	2	3	15
Accouchement après césarienne	0	1	9	6	5	21
Embryotomie	0	0	1	1	0	2
Forceps	1	20	61	21	16	119
Hystérectomie	0	0	0	0	0	0
Incision du col	0	2	2	0	0	4
Stérilisation	0	0	6	3	4	13

DELIVRANCE PATHOLOGIQUE

Choc	0	4	13	5	3	25
Hémorragies	0	14	40	8	6	68
Délivrance artificielle	0	12	64	18	15	109

MORT DU FŒTUS AU COURS DU TRAVAIL

SOUFFRANCE FŒTALE

MORT DU FŒTUS	0	1	10	1	1	13
SOUFFRANCE FŒTALE	0	8	18	12	6	44

Maladies diverses	0	28	87	21	16	152
Complications mammaires	0	20	37	8	2	67
Endométrites	0	15	21	7	5	48
Infections puerpérales	0	0	2	0	1	3
Hémorragies secondaires du post-partum	0	2	3	2	6	13
Phlébites et Infarctus	0	0	8	8	7	23
SUITE DE COUCHES GROUPEES POUR ETUDE STATISTIQUE						
Physiothérapie pour varices	0	11	166	69	51	297
MORTALITE MATERNELLE	0	0	0	0	0	0
(Nouveau-né)						
Accouchements prématurés	2	33	93	30	21	184
— de 1.500 Gr.	0	1	16	3	2	22
Prématurés de 1.500 à 2.000 Gr.	1	7	29	8	4	49
2.000 à 2.500 Gr.	0	20	53	17	11	101
Gros enfants (+ de 4.500 Gr.)	0	1	20	7	7	35
Hémorragie méningée	0	3	5	3	3	14
Maladies diverses	0	11	21	16	19	67
» hémolytique	0	3	17	4	9	33
Malformation congénitale	0	16	53	13	10	92
Mortalité primaire	1	12	25	15	14	67
» périnatale	1	16	58	24	25	124
Mort apparente	0	2	28	6	1	37
Réanimation 5 minutes et plus	0	4	22	11	7	44
» — de 5 minutes	1	22	47	21	18	109
Traumatisme	0	4	15	2	5	26
TOTAUX	11	564	2.187	774	614	4150
Nombre de femmes	(9)	(517)	(2.068)	(584)	(331)	(2.309)



INTRODUCTION

« L'enfant est, dans un certain sens, un problème moderne.
« Il a fallu que les civilisations sentent qu'elles étaient modernes
« que les pays prennent conscience des questions démographiques,
« pour que se développe le souci des enfants ».

« Pour les civilisations primitives, la naissance de nombreux
« enfants et la mort précoce d'une grande partie d'entre eux, étaient
« des phénomènes naturels alors que maintenant, la mort d'un être
« jeune, d'un petit enfant et, chaque jour davantage, la mort d'un
« nouveau-né, nous apparaissent comme des catastrophes anti-na-
« turelles ». (R. Debré)

Aux yeux du public, la naissance est le jour de l'accouchement, l'instant où le nouveau-né respire pour la première fois. C'est d'ailleurs pour ce même public l'unique épreuve dans le chemin de la maternité que les croyances séculaires ont représenté comme redoutable, mais, que les idées modernes, fort heureusement, envisagent de tout autre façon.

En fait, pour le médecin, la véritable naissance remonte le cours du temps à travers toute la longue période de la grossesse ou, bien avant l'entrée en fonction des poumons, l'être existe, vit, se nourrit, respire, parfois souffre et meurt...

Et, qui plus est, nous pouvons même dire que la véritable naissance se fait à l'instant où l'union de deux cellules crée la vie : la fécondation marquée par le sceau inéluctable de l'hérédité.

Depuis cet instant et durant cette première « vie » le fœtus va former un seul être avec sa mère, si bien que toute souffrance, tout déséquilibre de cette dernière, va retentir sur lui de façon défavorable, voire même interrompre la gestation, ou bien, compromettre

tre les chances d'un accouchement normal avec ce que cela peut comporter de fâcheux pour la mère et l'enfant.

C'est pourquoi le milieu, tant familial que social de la mère, peut avoir des répercussions si l'on réfléchit à ces liens qui unissent ces deux êtres et qui ne seront défaits qu'au moment de la rupture du cordon. Et alors, seulement à ce moment, interviendra un changement de vie qui demandera une période d'adaptation brève peut-être pour la mère, longue pour l'enfant, adaptation qui sera facilitée ou entravée, selon le milieu dans lequel sa mère aura évolué et dans lequel lui-même va évoluer à son tour.

Ainsi, le mode de vie, le développement économique d'un pays, son niveau d'hygiène, ne vont-ils pas influencer le pronostic foetal et maternel ?

Les exigences de la vie moderne ont créé le besoin pour la femme d'avoir un emploi, est-ce compatible avec la vie familiale et la maternité ?

Ce travail de la femme a entraîné une certaine émancipation de cette dernière, la consacrant dans certains pays l'égale de l'homme. De cette situation nouvelle est née une certaine indépendance devant le problème de l'amour, devant le mariage ; le nombre des divorces, des célibataires, des femmes non mariées a augmenté, et parallèlement chez la femme mariée le surmenage, source de troubles psychiques et physiques est apparu... Est-ce que la mère et l'enfant vont en subir les conséquences ?

Le progrès n'a pas fait disparaître les taudis, est-il possible de penser qu'une telle ambiance soit favorable à la maternité ? Dans un même ordre d'idée est-ce que la grossesse, l'accouchement se passent mieux à la « campagne » qu'à la « ville » ?

Enfin, existe-t-il un âge meilleur pour procréer, en dehors duquel les chances d'avoir une grossesse et un accouchement normaux diminuent ?

Nous avons voulu essayer de répondre à ces questions par une étude statistique...

De nombreuses difficultés tenant pour la plupart aux calculs statistiques nous ont amené à limiter notre travail, en particulier l'impossibilité de faire une étude de toutes les variables et de grouper certaines de ces variables. Par ailleurs, la présence d'association d'attentes pathologiques sur une même femme aurait dans une étude plus générale faussé les résultats, sauf pour les suites de couches où, après vérification, il n'existait que quelques rares cas d'associations. Nous n'en avons pas tenu compte : nous avons noté alors une affection pathologique lorsqu'il s'en présentait deux ou plus.

Nous espérons compléter ce travail dans l'avenir. Nous tenons à la disposition d'un lecteur intéressé les documents qui lui permettraient éventuellement de le reprendre, si nous-mêmes en étions empêché.

Avant de terminer cette introduction, nous tenons à remercier les services de la Direction départementale de la santé et de la Population, les bureaux d'hygiène de Lyon et Villeurbanne, les mairies des communes, le bureau des entrées de l'Hôtel-Dieu et son chef de service, qui nous ont toujours bien accueilli, le personnel du service de la Maternité, le service de gestion de l'Hôpital Desgenettes qui, tous ont, par leur aide précieuse, complété les 3.509 observations du service du professeur agrégé Magnin.

Nous tenons à remercier tout particulièrement le docteur Site qui nous a aimablement conseillé pour le travail statistique de notre thèse.

Nous devons enfin rendre hommage à la vaste enquête hospitalière lyonnaise faite en 1959 par le professeur Roche où nous avons puisé certaines idées pour la réalisation de notre travail.

DÉFINITIONS

Avant d'aller plus loin, nous avons jugé utile de rappeler certaines définitions. Nous nous sommes inspiré, pour certaines, du précis d'obstétrique de P. Trillat et P. Magnin.

A — DEFINITIONS GENERALES

1°. Grossesse normale

La grossesse ou gestation, est l'état fonctionnel particulier qui s'écoule entre le moment de la fécondation et celui où est évacué le produit de conception.

La gestation, en raison des modifications fonctionnelles qu'elle entraîne dans l'organisme maternel, s'accompagne d'un cortège de symptômes dont l'intensité est très variable, mais qui ne peuvent tous être considérés comme pathologiques. Il est difficile dans ces conditions, de tracer une limite exacte entre le domaine de la grossesse normale et celui de la grossesse pathologique.

On peut néanmoins admettre, qu'une grossesse normale est une grossesse qui évolue jusqu'à son terme, sans provoquer chez la mère d'altérations notables de l'état général, ni de troubles organiques, tout en assurant son plein développement au produit de conception.

2°. Grossesse pathologique

La grossesse pathologique comprend toutes les manifestations

anormales que l'on peut rencontrer chez la mère, aussi bien celles qui tiennent à la gestation elle-même, c'est-à-dire les maladies gravidiques, que celles non spécifiques de l'état de grossesse dont elle peut être atteinte au cours de celle-ci.

Elle comprend encore les anomalies dont le produit de conception est l'objet, et particulièrement celles qui aboutissent à la mort du fœtus in utero.

3°) **Puerpéralité**

La puerpéralité, ou état puerpéral, désigne ce qui a trait à l'accouchement et à ses suites. (On pourra y ajouter la grossesse et l'on aura alors l'état gravido-puerpéral).

4°) **Accouchement normal**

Il est difficile de définir l'accouchement normal.

On peut admettre cependant qu'il s'agit de l'accouchement en présentation du sommet, c'est-à-dire, où la tête fléchie de l'enfant « se présente » la première, lorsque l'enfant est exposé spontanément et sans domnage, dans des délais non excessifs.

Il a lieu à terme, à la fin du neuvième mois et il est considéré comme prématuré s'il se produit plus de 15 jours avant le terme et la grossesse est dite prolongée si le terme est dépassé de plus de 15 jours.

5°) **Accouchement pathologique ou dystocique**

C'est un accouchement au cours duquel surviennent des difficultés, qu'elles soient d'origine maternelle, foetale ou ovulaire.

6°) **Post Partum**

Après l'accouchement surviennent les suites de couches ou post partum qui comprennent la période qui succède à la délivrance et s'étend jusqu'au rétablissement de la menstruation. Celle-ci a lieu 45 à 60 jours après l'accouchement si la femme ne nourrit pas son enfant, dans un délai très variable chez les nourrices.

Différentes manifestations pathologiques peuvent là aussi marquer ces suites de couches.

De même que pour la mère, l'enfant lui aussi présente des suites dites suites de naissance, car son expulsion est l'occasion d'un traumatisme dont le processus n'est pas uniquement mécanique et dont les conséquences immédiates et lointaines méritent une particulière attention.

B. — DEFINITIONS DES RUBRIQUES PRETANT A DISCUSSION

Dans notre étude statistique, nous avons utilisé un certain nombre de variables qui nécessitent des précisions sur leur valeur ou leur sens exact.

1°) Dysgravidie sans albuminurie

C'est une véritable cryptogestose caractérisée par l'apparition chez une femme enceinte dont l'état vasculo-rénal était antérieurement normal

- d'une prise de poids supérieure à 8 à 10 kilos à 7 mois ;
- d'œdèmes ne disparaissant pas au repos ;
- d'une hypertension diastolique (plus de 9) ou systolique (14 ou hypertension d'alarme).

2°) Néphropathie gravidique

La présence d'une albuminurie (même à l'état de traces), s'ajoutant aux signes précédents, constitue la néphropathie gravidique.

3°) Déchirures du périnée

Nous avons groupé, sous ce terme, les déchirures complètes et compliquées et les déchirures incomplètes n'atteignant pas le sphincter.

4°) Maladies diverses du nouveau-né

Nous avons inclus, dans cette rubrique, un certain nombre d'affections du nouveau-né : troubles digestifs, ictères (non compris les ictères physiologiques ou hémolytiques) infections respiratoires, conjonctivites, stomatites, crises convulsives et pemphigus, infections cutanées dont un cas de septicémie généralisée, infections ombilicales. Nous n'avons trouvé que quelques cas de méningite aiguë et de mammites suppurées.

5°) Malformations congénitales

Les malformations congénitales ont été les suivantes :

- Hernie diaphragmatique congénitale, spina bifida, luxation congénitale de la hanche, mongolisme, microcéphalie, pieds bots, hypospadias, bec de lièvre, malformations cardiaques, achondroplasie, anus vulvaire et pince de homard.

6°) Mort apparente

Nous avons relevé, d'une part, les accidents graves où l'arrêt respiratoire est total (forme bleue asphyxique et forme blanche syncope) et, d'autre part, ceux moins graves qui s'accompagnent de légers mouvements respiratoires (secousses péribuccales, ondulations sous-sternales, gasp, secousses thoraciques, respiration périodique). L'enfant peut être dit étonné dans les formes les plus bénignes. Nous avons relevé 7 cas d'accidents graves et sur ces 7, 2 seulement survécurent.

7°) Prématurés

Nous avons retenu sous ce terme les nourrissons d'un poids inférieur à 2 k. 500.

8°) Souffrance fœtale

Nous avons pris, comme seule définition, les modifications des bruits du cœur durant le travail, c'est-à-dire : affaiblissement, assourdissement, irrégularité.

La MATERNITE dispose de	57 lits
L'INFIRMERIE de SAINT-MARTIN.	42 »

il ressort de ces chiffres que nous avons affaire à une Maternité fréquentée par des femmes économiquement faibles dans l'ensemble, variée dans le recrutement de sa clientèle et dont l'importance ne fait pas de doute.

B) DUREE DE LA PERIODE D'INVESTIGATION

Elle a été de vingt mois : du 1er janvier 1962 au 31 août 1963.

C) RESULTATS GENERAUX DE LA STATISTIQUE

Durant ces 20 mois il y a eu 3.554 accouchements, ce qui représente 3.509 femmes étant donné l'existence de 45 grossesses gemellaires.

Les états gravido-puerpéraux normaux (c'est-à-dire lorsque grossesse, accouchement, post-partum et suites de naissance sont normaux) s'élèvent à 1.583.

Il faut souligner l'existence possible, chez une même accouchée, d'associations pathologiques (c.a.d. que plusieurs variables peuvent concerner une même femme et le total existant au bas de nos cinq grands tableaux, représente l'ensemble des rubriques pathologiques : il est par conséquent plus élevé que le nombre des accouchées).

Nous avons voulu, dans les lignes qui vont suivre, donner un aperçu général de notre étude en analysant les états gravido-puerpéraux normaux suivant leur répartition. En même temps nous apporterons quelques précisions sur les cinq facteurs étudiés (Nationalité, Domicile, Situation matrimoniale, Profession et Age).

1°) Nationalité

Toute femme née à l'Etranger, de parents étrangers, et non naturalisée, a été considérée évidemment comme Etrangère.

Toute femme née à l'Etranger, de parents étrangers mais naturalisée, a été considérée comme Etrangère pour les raisons suivantes :

- Nous avons pensé que l'influence d'un pays et, encore plus, d'une race, devait se faire ressentir durant plusieurs années.
- Ces Etrangères naturalisées étaient en France depuis peu dans l'ensemble, d'une part, et en petit nombre, d'autre part.

Nous tenons à signaler que la majorité des femmes issues d'Afrique du Nord est constituée par des Algériennes.

Il est aisé de voir sur le tableau 1 que le pronostic de l'accouchement chez la femme Nord-Africaine est meilleur que chez l'Italienne, que chez l'Espagnole, et sensiblement égal à celui de la Française.

TABEAU 1

Nationalité	Nombre de femmes	Etats gravidopuerpéraux (normaux)	Primiparité	Grande Multiparité (+ de 5 enf.)	Préparation Psycho- Physique
Française	2.407 (69 %)	1.108 (46 %)	724 (30 %)	262 (10 %)	315 (13 %)
Nord-Africaine .	503 (15 %)	257 (51 %)	60 (11 %)	156 (31 %)	11 (2 %)
Italienne.	276 (7 %)	108 (35 %)	87 (31 %)	35 (12 %)	2 (0,4 %)
Espagnole	295 (8 %)	93 (31 %)	81 (27 %)	30 (10 %)	19 (7 %)
Divers	28 (1 %)	17	7	—	1
Totaux	3.509	1.583	959	483	348

Il y a 959 primipares, soit le 1/4 des accouchées, 2.067 multipares (de 1 à 5 enfants) soit plus de la moitié et 483 grandes multipares (6 enfants et plus). La Nord-Africaine a une tendance

très nette à la grande multiparité (ce qui d'ailleurs, chez elle, fait ressortir un nombre plus faible de primipares).

A titre de document, nous avons analysé pour quelques facteurs le groupe de femmes ayant suivi la préparation psycho-physique.

Nous constatons qu'il s'agit d'une sélection de femmes enceintes représentant 10 % seulement de la totalité. Par ailleurs, il s'agit d'un recrutement exclusivement local, c.a.d. que cette préparation ne peut être suivie, pour des raisons de commodité, que par des femmes habitant Lyon.

Comme nous pouvons le constater en regardant les chiffres du tableau 1 bis, les résultats ont été particulièrement heureux. Sans vouloir amoindrir le succès de ces résultats, nous précisons cependant qu'il s'agissait de femmes jeunes, de nationalité française, et le plus souvent d'un milieu favorable.

Sur 348 femmes ayant suivi cette méthode, nous avons trouvé :

TABLEAU 1 BIS

Syphilis	1
Dysgravidies sans albumine	4
Néphropathies	2
Obésité	2
Prématurés	2
Mort du fœtus in-utéro	0
Mort du fœtus au cours du travail	0
Mortalité primaire	0
Primipares	245 (77%)
Multipares	103
Grandes multipares	0

2°) Domicile

La clientèle de la Maternité se recrutant autant à LYON et sa banlieue, qu'à l'extérieur, nous l'avons répartie en deux groupes : Milieu Urbain, Milieu Rural.

a) Sont compris dans le milieu urbain les immeubles salubres, insalubres et la Maison des Mères de Gerland.

L'insalubrité des immeubles a été déterminée en tenant compte de la vétusté des locaux, de l'humidité associée à une insuffisance d'aération, de l'absence d'ensoleillement et de chauffage, de la malpropreté, du surpeuplement et de l'absence de confort sanitaire et ménager. Nous avons ainsi abouti à la notion de taudis.

La Maison Maternelle de Gerland, créée par la Municipalité

Lyonnaise en 1919, a été un Etablissement assez difficile à mettre au point.

Elle est devenue Maison Départementale depuis 1959. De larges crédits lui ont été attribués par le Ministère de la Santé et de la Population avec l'approbation du Conseil Général du Rhône, ce qui a permis une transformation matérielle importante. De ce fait, et surtout grâce à l'active impulsion de M. ARGNON, Directeur départemental de la Population, cette Maison joue désormais son véritable rôle.

La Directrice a un sens social très élevé. Elle loge à l'établissement dans un pavillon séparé.

Le personnel a été renouvelé et son effectif augmenté.

Les anciens dortoirs des expectantes ont été remplacés par des chambres particulières, pour la plupart, quelques-unes étant à deux ou trois lits. Les jeunes femmes enceintes peuvent être admises à partir du troisième mois. Si leur état de santé le permet, elles peuvent travailler durant la journée à l'extérieur, à la condition de se faire surveiller par le Médecin de l'Etablissement et de revenir coucher à la Maison. Elles arrêtent tout travail six semaines avant la date probable de l'accouchement. Elles accouchent pour la plupart, dans le Service du Docteur MAGNIN (en 1962, 147 accouchements sur 173).

Une Pouponnière modèle fonctionne, où les jeunes mamans, sous la surveillance de puéricultrices, apprennent à donner des soins valables à leurs nouveaux-nés. Pendant les périodes d'absence de la mère, les puéricultrices s'occupent de l'enfant. Certaines femmes peuvent revenir dans la journée donner le sein, si elles sont nourrices.

Conjointement à cette organisation, il existe un Hôtel Maternel destiné à héberger les jeunes mères avec leurs enfants. Là encore, elles peuvent avoir une occupation rémunérée à l'extérieur, à la condition qu'elles donnent à leurs enfants les soins nécessaires : le matin avant leur départ, et le soir en rentrant de leur travail. Elles sont toutes logées en chambres particulières où elles doivent revenir coucher tous les soirs. Leur séjour dans cette section peut durer de un à deux ans.

Les premiers résultats se sont rapidement fait sentir. Le recrutement est devenu très large et, en permanence, plus d'une centaine de femmes sont hébergées dans cette Maison Maternelle qui est en passe de devenir une des premières de notre pays.

Nous avons donné quelques chiffres concernant l'année 1962 dans le tableau 2 bis, afin de donner une idée du fonctionnement de cet Etablissement.

TABLEAU 2 BIS

Tranches d'AGE	Nombre de PENSIONNAIRES passées dans l'année			Nombre de NAISSANCES selon l'âge des mères			Nombre TOTAL de journées d'hébergement		Durée moyenne de SEJOUR	
	Au secret	Autres	Total	légitimes	illégitim.	Total	Sect. Prénatale	Sect. Postnatale	Sect. Prénatale	Sect. Postnatale
Moins de 15 ans .		1	1		1	1	6			
De 15 à 21 ans .	2	64	66	2	56	58	2.778		47,8	27,3
De 21 à 25 ans .	5	47	62	4	49	53	1.921		36,2	18
Plus de 25 ans .	4	70	74	9	52	61	2.234		36,6	19,5
Total	11	182	193	15	158	173	6.939			

CAPACITE DE L'ETABLISSEMENT :

Section PRENATALE	26 lits
Section POSTNATALE	23 »
Hôtel MATERNEL	30 »

On comprend ainsi la raison qui nous a poussé à étudier la
Maison des Mères de Gerland isolément.

b) Sont comprises dans le milieu rural, les accouchées ayant domicile dans les Bourgs et les fermes.

TABLEAU II

DOMICILE		Etats gravid. Puerpéraux normaux
Milieu Urbain	Immeubles salubres	2.123 (60 %)
	Immeubles insalub.	297 (8,4 %)
	Maison des Mères..	206 (5,8 %)
Milieu Rural	Bourgs	790 (22,6%)
	Fermes	93 (3,2 %)
Totaux..		3.509
		1.583

Comme l'indique le tableau 2, ce sont les immeubles insalubres et surtout les fermes qui ont le plus d'états gravido-puerpéraux pathologiques.

3°) Professions

Les deux tiers des accouchées n'exercent pas de profession, ce qui s'explique par l'existence de deux tiers de multipares.

Les gens de maison et surtout les cultivatrices, sont les professions dont le pronostic fœtal et maternel est le moins bon.

TABLEAU III

PROFESSIONS		Etats gravido Puerpéraux normaux
Sans profession . . .	2.323 (63,3%)	1.037 (44,8%)
Ouvrières	486 (13,5%)	217 (44,8%)
Employées.. . . .	279 (7 %)	160 (57,3%)
Gens de Maison . . .	227 (6,5 %)	89 (39,8%)
Cultivatrices	93 (2,6 %)	26 (27,9%)
Professions libérales et cadres moyens.	101 (3,1 %)	54 (53,4%)
		3.509
		1.583

4°) Situation matrimoniale

La femme mariée représente une forte proportion de notre statistique, mais nous constatons néanmoins l'existence de 448 cé-

libataires, soit le 1/7^{me} de la totalité de nos accouchées (ceci dû dans la proportion de la moitié à la Maison des Mères de Gerland).

Il y a 116 situations irrégulières, soit 3,3 %.

Il n'y a pas de différence très sensible, en ce qui concerne les chiffres trouvés dans le tableau IV.

TABLEAU IV

SITUATION MATRIMONIALE		Etats gravido Puerpéraux normaux
Mariées	2.945 (80 %)	1.362 (43,2%)
Célibataires	448	171 (38,1%)
Vivant maritalement	69	33 (47,8%)
Divorcées	47	17 (36,2%)
Totaux	3.509	1.583

5°) Age

Il n'est pas difficile de se rendre compte qu'à mesure que l'accouchée avance en âge, le pronostic devient moins bon.

TABLEAU V

A G E		Etats gravido Puerpéraux normaux
15 ans et au-dessous	9 (0,8 %)	5 (50 %)
16 à 20 ans	517 (14 %)	243 (47 %)
21 à 30 ans	2.068 (59 %)	993 (47 %)
31 à 35 ans	584 (16 %)	235 (40 %)
Au-dessus de 35 ans	331 (10 %)	107 (32 %)
Totaux	3.509	1.583

D) GENERALITES SUR LES RUBRIQUES N'AYANT PAS FAIT L'OBJET D'UNE ETUDE STATISTIQUE

Il ne nous a pas été possible d'étudier toutes les rubriques pathologiques de nos cinq grands tableaux. Nous n'avons cependant pas voulu les sacrifier complètement, aussi en donnerons-nous un rapide aperçu.

Il est bien entendu que toutes les données qui vont suivre n'ont pas été vérifiées par une étude statistique.

1°) Grossesse

Il faut, en priorité, noter l'absence de mort maternelle durant la gestation.

Profession. — Il n'a pas été relevé de rubriques touchées plus particulièrement par ce facteur.

Nationalité. — Les cas de syphilis sont en plus grand nombre chez la Nord-Africaine, ce qui est normal, compte tenu de l'endémicité de cette affection en Afrique du Nord (Il en est de même pour les vaginites et cervicites).

L'hydramnios serait plus fréquent chez la Nord-Africaine et l'Espagnole.

Domicile. — Les immeubles insalubres sembleraient un territoire d'élection pour la syphilis, ainsi que pour les vaginites et les cervicites (cela va de pair avec le nombre relativement important de Nord-Africaines vivant dans ces immeubles).

Un chiffre élevé d'hypertension artérielle solitaire dans les bourgs, nous a frappé, sans pouvoir en donner une explication logique.

Situation matrimoniale. — Un léger excédent de vaginites et de cervicites chez la femme célibataire a été noté. Il semblerait que les vomissements graves soient le fait de la femme mariée.

Age. — Nous pouvons constater que les cas d'isoimmunisation augmentent avec l'âge, ce qui est normal, puisqu'il faut plusieurs grossesses pour obtenir la production d'anticorps, anti-rhésus + L'Hydramnios serait plus fréquent chez la femme au dessus de 30 ans, il en est de même pour les dysgravidies sans albuminurie.

2°) **Accouchement**

Nous notons, ici aussi, l'absence de mort maternelle.

Nationalité. — Nous avons remarqué chez l'Espagnole des chiffres importants dans les rubriques qui vont suivre :

Epreuve du travail, travail prolongé, césarienne, forceps, hémorragie de la délivrance, souffrance fœtale.

Domicile. — Les immeubles insalubres ont aussi un pourcentage plus élevé d'épreuve du travail, de travail prolongé, de forceps et de souffrance fœtale.

Les césariennes sont fréquentes dans le milieu rural.

Profession. — Nous remarquons chez l'ouvrière des chiffres plus élevés concernant l'épreuve du travail, le travail prolongé et le forceps.

Situation matrimoniale. — Rien à signaler.

Age. — Nous notons des chiffres nettement supérieurs dans le groupe de 16 à 20 ans, en ce qui concerne l'épreuve du travail et le travail prolongé.

3°) Suites de couches

La physiothérapie, indiquée dans les suites de couches pour des varices, a été surtout le fait des Françaises âgées de plus de 30 ans, mariées et sans profession.

A noter, ici aussi, l'absence de mort maternelle.

4°) Suites de naissance

Nationalité. — Les accouchements prématurés ont été plus fréquents chez les Espagnoles.

Domicile. — Il y a eu un excédent de morbidité, de malformations congénitales et de traumatismes chez les nouveaux-nés, dont les mères habitent dans les immeubles insalubres.

Il en est de même pour les femmes, en ce qui concerne les malformations congénitales.

Profession. — Il y a eu plus de malformations congénitales chez le nouveau-né de mère ouvrière.

Situation matrimoniale. — Les accouchements prématurés ont été plus fréquents chez les femmes célibataires dont les enfants ont présenté une surmorbidity et ont dû être plus fréquemment réanimés.

Age. — Il existe une plus faible morbidité chez le nouveau-né dont la mère a un âge compris entre 20 et 30 ans. Il en est de même pour les réanimations moins fréquentes dans ce cas.

Nous tenons à rappeler à la fin de cette énumération qu'elle a une valeur purement indicative. Comme nous le verrons dans le chapitre suivant, certains de ces résultats vont indirectement de trouver vérifiés par la statistique, étant donné le fait par exemple, qu'un bassin rétréci est le plus souvent une source d'épreuve du travail, de travail prolongé, de forceps, etc...

E) RESULTATS PORTANT SUR LES RUBRIQUES AYANT ETE SELECTIONNEES POUR L'ETUDE STATISTIQUE

Nous avons choisi d'étudier certaines rubriques qui nous ont paru intéressantes :

— Soit parce qu'elles étaient le plus susceptible d'être influencées par les cinq facteurs arbitrairement choisis : la nationalité, le domicile, la profession, la situation matrimoniale et l'âge.

— Soit parce que leur importance médicale ou médico-sociale nous contraignait de les considérer.

— Soit enfin parce qu'elles nous conduisaient à des résultats remarquables.

Nous avons eu recours au test « χ^2 » * de Pearson.

* Nous nous excusons de n'avoir pu reproduire les lettres grecques rencontrées au cours de ce chapitre.

A la suite de chaque problème posé, nous donnons trois chiffres :

— Le premier est le seuil de probabilité P , variable d'un cas à l'autre. Quand $P = 0,01$ il y a une chance sur 100 pour que le résultat observé soit l'œuvre du hasard. Autrement dit cette valeur du seuil indique que nous avons une chance sur 100 de commettre une erreur.

Ce pourcentage passe à 2,50 % lorsque $P = 0,025$ et à 5 % quand $P = 0,05$.

— Le second est le « χ^2 nu » théorique donné par les tables. L'indice « nu » représente le nombre de degré de liberté.

— Le troisième est le « χ^2 observé » (χ^2 ob).

Pour fixer les idées, nous avons toujours calculé les fréquences mais, elles n'interviennent absolument pas dans les calculs.

Ainsi le lecteur intéressé pourra, s'il le juge utile, vérifier la réalité et l'exactitude de nos calculs.

1°) **Néphropathie gravidique**

a) *Influence de la nationalité*

Les fréquences observées sont les suivantes :

$$\text{Française} = 0,0307$$

$$\text{Espagnole} = 0,0440$$

$$\text{Italienne} = 0,0471$$

Le groupe choisi comme témoin est représenté par la nationalité Française.

Le calcul statistique montre qu'il n'y a pas de différence significative au seuil de 5 %. ($P = 0,05$).

En effet, le χ^2 théorique est supérieur au χ^2 observé :

$$\chi^2_2 = 5,99 > \chi^2_{\text{ob}} = 3,0838$$

b) *Influence du domicile*

Les fréquences sont les suivantes :

$$\text{Milieu urbain} = 0,0316$$

$$\text{Milieu rural} = 0,0294$$

Groupe témoin : Milieu urbain.

La vérification statistique n'a pas été significative ($P = 0,05$)

$$\chi^2_1 = 3,84 > \chi^2_{\text{ob}} = 0,0988$$

c) *Influence de la profession*

Les fréquences sont les suivantes :

$$\text{— Femmes n'accusant pas de profession} = 0,0296$$

$$\text{— Femmes accusant une profession} = 0,0337$$

Groupe témoin : Femmes sans profession.

Les femmes qui travaillent ont plus de chance d'avoir une néphropathie durant leur grossesse que celles qui ne travaillent pas — ($P = 0,01$)

$$\chi^2_1 = 6,63 < \chi^2_{ob} = 89,5578$$

Les fréquences détaillées selon les professions sont :

Employées = 0,02

Ouvrières = 0,0331

Gens de maison = 0,0528

Cultivatrices = 0,0430

Professions libérales ou cadre moyen = 0,0099

Les gens de maison ont le plus grand nombre de néphropathies — ($P = 0,01$)

$$\chi^2_1 = 2,71 < \chi^2_{ob} = 3,57$$

On admet habituellement la fréquence de 1 néphropathie pour 100 gestations ; nos résultats, sauf ceux concernant les professions privilégiées, sont plus élevés.

d) *Influence de la situation matrimoniale*

Les fréquences sont les suivantes :

— Femmes mariées et femmes vivant maritalement = 0,0278

— Femmes célibataires = 0,0513

Groupe témoin : femmes mariées et femmes vivant maritalement.

Nous trouvons davantage de néphropathies gravidiques chez les femmes célibataires — ($P = 0,01$)

$$\chi^2_1 = 6,63 < \chi^2_{ob} = 7,2095$$

e) *Influence de l'âge*

Les fréquences sont les suivantes :

de 16 à 20 ans = 0,0290

— 20 à 30 ans = 0,0338

— 30 à 35 ans = 0,0205

au dessus de 35 ans = 0,0393

Le groupe témoin est celui des 20 à 30 ans.

Il n'y a pas de différence statistique entre ces fréquences selon l'âge au seuil de 5 %. ($P = 0,05$)

$$\chi^2_3 = 7,81 > \chi^2_{ob} = 4,2281$$

2°) **Varices**

a) *Influence de la nationalité*

Les fréquences observées sont les suivantes :

Française = 0,122

Nord-Africaine = 0,0497

Italienne = 0,0797

Espagnole = 0,0915

Nord-Africaine + Italienne + Espagnole = 0,0688

Le groupe témoin est la Nationalité Française.

Nous avons vérifié avec $P = 0,10$ que les Françaises n'ont pas de façon significative, plus de varices que les étrangères considérées globalement, quoique le (χ^2) théorique soit néanmoins assez proche du (χ^2) observé.

$$\chi^2_1 = 2,71 > \chi^2_{ob} = 2,1930$$

Toutefois il apparaît nettement que les Nord-Africaines ont moins de varices que les Françaises ($P = 0,01$)

$$\chi^2_3 = 11,24 < \chi^2_{ob} = 26,9789$$

b) Influence du domicile

Il y a une augmentation de varices dans les fermes ($P = 0,025$).

Nous avons pris comme domicile témoin, les immeubles salubres (fréquence observée = 0,105 contre 0,182 pour les fermes).

$$\chi^2_1 = 5,02 < \chi^2_{ob} = 5,3184$$

c) Influence de la profession

Les fréquences se répartissent ainsi :

$$\text{Ouvrières} = 0,0473$$

$$\text{Employées} = 0,0717$$

$$\text{Gens de maison} = 0,145$$

$$\text{Cultivatrices} = 0,182$$

$$\text{Sans profession} = 0,114$$

Groupe témoin : femmes sans profession.

Les femmes sans profession ont plus de varices que les ouvrières — ($P = 0,01$).

$$\chi^2_1 = 6,63 < \chi^2_{ob} = 19,663$$

d) Influence de la situation matrimoniale

Elle s'est révélée non significative en comparant les femmes mariées et celles vivant maritalement, (fréquence observée 0,108) prises comme témoins avec les célibataires (fréquence observée = 0,0803) avec un seuil de probabilité à 5 % ($P = 0,05$).

$$\chi^2_1 = 3,84 > \chi^2_{ob} = 3,5704$$

e) Influence de l'âge

Le pourcentage de varices augmente avec l'âge ainsi que le montrent les fréquences suivantes :

$$\text{de 16 à 20 ans} = 0,0311$$

$$\text{de 20 à 30 ans} = 0,0909$$

$$\text{de 30 à 35 ans} = 0,171$$

$$\text{au dessus de 35 ans} = 0,235$$

La comparaison : a) du groupe des 16 à 20 ans pris comme

témoin avec celui de plus de 30 ans, a montré une différence significative ($P = 0,01$).

$$\chi^2_1 = 11,24 < \chi^2_{ob} = 82,460$$

b) du groupe de plus de 35 ans a montré une différence significative ($P = 0,01$).

$$\chi^2_1 = 11,24 < \chi^2_{ob} = 47,343$$

3°) **Prématuration**

a) *Influence de la nationalité*

Les fréquences sont les suivantes :

Française	= 0,0444
Nord-Africaine	= 0,0496
Italienne	= 0,0724
Espagnole	= 0,0677

Groupe témoin : Française.

Nous n'avons pas eu de différence significative ($P = 0,01$).

$$\chi^2_3 = 7,81 > \chi^2_{ob} = 6,6652$$

b) *Influence du domicile*

Les fréquences sont les suivantes :

Immeubles salubres	= 0,0471
» insalubres	= 0,0674
Maison des Mères	= 0,0587
Bourgs	= 0,0405
Fermes	= 0,0860

Groupe témoin : Immeubles salubres.

Nous n'avons pas eu de différence significative au seuil de 5 % ($P = 0,05$).

$$\chi^2_3 = 7,81 > \chi^2_{ob} = 3,9644$$

Nous avons comparé ensuite les fermes et les immeubles salubres pris comme témoins — après avoir introduit la correction de Yates (le résultat obtenu concernant les fermes étant inférieur à 10).

Nous n'avons pas eu de différence significative ($P = 0,10$).

$$\chi^2_1 = 2,71 > \chi^2_{ob} = 2,1273$$

c) *Influence de la profession*

Les fréquences sont les suivantes :

Sans profession	= 0,0451
Ouvrières	= 0,0370
Employées	= 0,0725
Gens de maison	= 0,0572
Cultivatrices	= 0,0860

Nous n'avons pas eu de différence significative ($P = 0,05$).

$$\chi^2_3 = 7,81 > \chi^2_{ob} = 5,9707$$

Nous avons comparé ensuite les cultivatrices et les femmes sans profession prises comme témoin, après introduction de la correction de Yates.

Nous n'avons pas eu de différence significative ($P = 0,10$).

$$\chi^2_1 = 2,71 > \chi^2_{ob} = 2,5609$$

d) *Influence de la situation matrimoniale*

Nous avons groupé les femmes mariées et celles vivant maritalement (fréquence observée = 0,0457) prises comme témoin et avons comparé aux femmes célibataires (fréquence observée = 0,0691).

Le célibat « favorise » l'accouchement prématuré — Que faut-il en penser !.. $P = 0,05$.

$$\chi^2_1 = 3,84 < \chi^2_{ob} = 4,7913$$

e) *Influence de l'âge*

Les fréquences sont les suivantes :

$$\text{de 16 à 20 ans} = 0,541$$

$$\text{de 20 à 30 ans} = 0,0473$$

$$\text{de 30 à 35 ans} = 0,0479$$

$$\text{au dessus de 35 ans} = 0,0513$$

Groupe témoin : 20 à 30 ans.

Nous n'avons pas eu de différence siginticative pour $P = 0,05$.

$$\chi^2_3 = 7,81 > \chi^2_{ob} = 0,4751$$

4°) **Bassins rétrécis**

Il faut noter d'emblée, que le milieu où vit une femme adulte, tel que les facteurs de notre étude nous permettent de l'apprécier, ne peut jouer aucun rôle dans la genèse des rétrécissements du bassin, ceux-ci se constituant avant la puberté. Néanmoins, une femme de condition modeste issue d'un pays sous-développé et vivant dans un logis insalubre, a beaucoup de chance d'avoir, au cours de son enfance, vécu dans les mêmes conditions d'habitat.

Cette notion de pauvreté et de privations semble se retrouver vérifiée par ailleurs, par le fait que c'est dans le groupe des 16 à 20 ans que nous retrouvons un fort pourcentage de bassins rétrécis, groupe dont la naissance se situe autour des années 1942-1945 (années de guerre).

a) *Influence de la nationalité*

Les fréquences sont les suivantes :

$$\text{Française} = 0,0399$$

$$\text{Nord - Africaine} = 0,0367$$

$$\text{Italienne} = 0,0789$$

$$\text{Espagnole} = 0,1075$$

Groupe témoin : Nationalité Française.

Nous avons été surpris de voir que les Nord-Africaines n'avaient pas la plus grande fréquence, mais bien au contraire la plus faible...

Nous avons vérifié statistiquement pour $P = 0,01$.

a) que les Espagnoles avaient, de façon significative, plus souvent des bassins rétrécis que les Françaises.

$$\chi^2 l = 6,63 < \chi^2 ob = 27,020$$

b) que les Italiennes avaient, de façon significative, plus souvent des bassins rétrécis que les Françaises

$$\chi^2 l = 6,63 < \chi^2 ob = 9,1222$$

b) *Influence du domicile*

Les fréquences sont les suivantes :

Immeubles salubres = 0,0376

» insalubres = 0,0875

Maison des mères = 0,0533

Bourgs = 0,0594

Groupe témoin : Immeubles salubres.

Nous avons constaté et avons vérifié pour $P = 0,01$, que les femmes habitant les immeubles insalubres ont une forte proportion de bassins rétrécis ($P = 0,01$).

$$\chi^2 l = 6,63 < \chi^2 ob = 15,246$$

c) *Influence de la profession*

Avec la répartition suivante :

Ouvrières = 0,0822

Employées = 0,0501

Gens de maison = 0,0616

Sans profession = 0,0391

Groupe témoin : sans profession.

Nous constatons que c'est chez les ouvrières qu'on trouve un excédent de bassins rétrécis au seuil de 1 %. ($P = 0,01$).

$$\chi^2 l = 6,63 < \chi^2 ob = 14,045$$

d) *Influence de la situation matrimoniale*

Aucune influence n'a été prouvée statistiquement pour $P = 0,05$: les femmes mariées et les femmes vivant maritalement (fréquence observée 0,0467) prises comme témoins ont été comparées aux célibataires (fréquence observée 0,0602)

$$\chi^2 l = 3,84 > \chi^2 ob = 1,503$$

e) *Influence de l'âge*

La répartition des fréquences est la suivante :

de 16 à 20 ans = 0,0773

de 20 à 30 ans = 0,0444

de 30 à 35 ans = 0,0410

au dessus de 35 ans = 0,0392

Le groupe témoin est celui des 20 à 30 ans.

C'est dans le groupe des 16 à 20 ans que se situe une majoration de bassins rétrécis. La différence est significative pour $P = 0,01$

$$\chi^2_1 = 6,63 < \chi^2_{ob} = 7,755$$

5') Suites de couches

Nous rappelons que sous cette rubrique nous avons groupé : Morbidité, Complications mammaires, Endométrites, Infections puerpérales, Hémorragies secondaires du post partum, Phlébites et Infarctus (Après avoir éliminé les quelques associations pathologiques rencontrées chez une même femme, nous avons donné dans le tableau suivant pour chaque facteur, les résultats modifiés).

(Voir tableau page ci-contre)

a) Influence de la nationalité

Française	= 0,0762
Nord - Africaine	= 0,107
Italienne	= 0,0869
Espagnole	= 0,1322

Groupe témoin : Française.

Nous avons vérifié avec $P = 0,01$ que les Espagnoles ont les suites de couches les plus compliquées.

$$\chi^2_1 = 6,63 < \chi^2_{ob} = 10,828$$

b) Influence du domicile

Les fréquences sont les suivantes :

Immeubles salubres	= 0,0697
» insalubres	= 0,1177
Maison des Mères	= 0,1458
Bourgs	= 0,1
Fermes	= 0,1182

Nous avons vérifié que les femmes habitant les immeubles insalubres et celles provenant de la Maison des Mères, avaient des suites de couches plus compliquées que les femmes domiciliées dans des immeubles salubres, pris comme témoins pour $P = 0,01$

a) Immeubles insalubres

$$\chi^2_1 = 6,63 < \chi^2_{ob} = 8,470$$

b) Maison des Mères

$$\chi^2_1 = 6,63 < \chi^2_{ob} = 13,974$$

c) Influence de la profession

Les fréquences sont les suivantes :

Femmes accusant une profession	= 0,1096
Femmes sans profession	= 0,0753
Ouvrières	= 0,107
Employées	= 0,107
Gens de maison	= 0,1145
Cultivatrices	= 0,1147

NATIONALITE	Française	Algérienne	Italienne	Espagnole	Divers	Totaux	
Suites de couches	183	54	24	39	3	303	
DOMICILE	Immeubles salubres	Immeubles insalubres	Maison des Mères	Bourgs	Fermes	Totaux	
Suites de couches	148	35	30	79	11	303	
PROFESSIONS	Sans profession	Ouvrières	Employées	Gens de Maison	Cultivatrices	Professions lib. ou C.M.	Totaux
Suites de couches	175	52	30	26	11	9	303
SITUATION MATRIMONIALE	Mariée	Célibataire	Divorcée	Vivant maritalement	Totaux		
Suites de couches	238	53	5	7	303		
A G E	15 ans et au-dessous	16 à 20 ans	20 à 30 ans	30 à 35 ans	Au-dessus de 35 ans	Totaux	
Suites de couches	0	65	158	44	36	303	

Nous avons vérifié pour $P = 0,01$ que les femmes qui travaillent, sauf lorsqu'elles exercent un emploi privilégié, ont des suites de couches plus compliquées que les femmes qui ne travaillent pas, prises comme témoins.

$$\chi^2_1 = 6,63 < \chi^2_{ob} = 10,224$$

d) *Influence de la situation matrimoniale*

Les femmes mariées et les femmes vivant maritalement (fréquence observée = 0,0812) prises comme témoins, ont des suites de couches moins perturbées que les femmes célibataires (fréquence observée 0,1182) pour $P = 0,01$.

$$\chi^2_1 = 6,63 < \chi^2_{ob} = 7,0457$$

e) *Influence de l'âge*

La répartition des fréquences est la suivante :

$$\text{de 16 à 20 ans} = 0,1237$$

$$\text{de 20 à 30 ans} = 0,0763$$

$$\text{de 30 à 35 ans} = 0,0753$$

$$\text{au dessus de 35 ans} = 0,1087$$

Groupe témoin : de 20 à 30 ans.

Nous constatons que les suites de couches compliquées sont le propre de la femme dont l'âge se situe :

a) entre 16 et 20 ans

$$\chi^2_1 = 6,63 < \chi^2_{ob} = 10,340 \text{ pour } P = 0,01$$

b) au dessus de 35 ans

$$\chi^2_1 = 3,84 < \chi^2_{ob} = 4,0783 \text{ pour } P = 0,05$$

6°) **Mortalité périnatale**

a) *Influence de la nationalité*

Les fréquences sont les suivantes :

$$\text{Française} = 0,0324$$

$$\text{Nord - Africaine} = 0,0399$$

$$\text{Italienne} = 0,0471$$

$$\text{Espagnole} = 0,0372$$

Groupe témoin : Nationalité Française.

Il n'y a pas de différence significative pour $P = 0,05$.

$$\chi^2_3 = 7,81 > \chi^2_{ob} = 2,0229$$

b) *Influence du domicile*

Les fréquences sont les suivantes :

$$\text{Immeubles salubres} = 0,0291$$

$$\text{» insalubres} = 0,0538$$

$$\text{Bourgs} = 0,0366$$

$$\text{Fermes} = 0,1181$$

Groupe témoin : Immeubles salubres.

La différence est significative pour les femmes habitant les immeubles insalubres — pour $P = 0,025$

$$\chi^2 l = 5,02 < \chi^2 ob = 5,082$$

La différence est significative pour les femmes habitant les fermes, que les circonstances amènent dans le service, pour $P = 0,01$.

$$\chi^2 l = 6,63 < \chi^2 ob = 12,7946$$

c) Influence de la profession

La répartition des fréquences est la suivante :

Sans profession	= 0,0561
Ouvrières	= 0,0287
Employées	= 0,0358
Cultivatrices	= 0,1182

Groupe témoin : Femmes sans profession.

Après application du test (χ^2), on constate que la mortalité périnatale est importante chez les nouveaux-nés des cultivatrices.

$$\chi^2 l = 6,63 < \chi^2 ob = 15,9456$$

d) Influence de la situation matrimoniale

Les femmes mariées et celles vivant maritalement (fréquence observée 0,0345) prises comme témoin, comparées aux célibataires (fréquence observée 0,0379) n'ont pas montré de différence significative pour $P = 0,05$.

$$\chi^2 l = 3,84 > \chi^2 ob = 0,1383$$

e) Influence de l'âge

La répartition des fréquences est la suivante :

de 16 à 20 ans	= 0,0309
de 20 à 30 ans	= 0,0280
de 30 à 35 ans	= 0,0410
au dessus de 35 ans	= 0,0755

Il y a chez la femme, au dessus de 35 ans, une surmortalité infantile importante, ceci vérifié pour $P = 0,01$.

$$\chi^2 l = 6,63 < \chi^2 ob = 8,7089$$

f) Causes de mortalité infantile

Il nous a semblé intéressant, au sujet de cette rubrique, de rechercher les causes de mortalité d'après les enquêtes consultées à la Direction Départementale de la Santé.

Il y a eu 65 morts durant 1962 à la Maternité, en ce qui concerne les résidents du Département du Rhône.

Sur les 65 enquêtes, les causes de mortalité infantile ont été :

- 21 accouchements prématurés sans cause précise entre 6 et 7 mois
- 1 mort apparente

- 3 grossesses prolongées
- 5 souffrances fœtales au cours du travail
- 1 anomalie du cordon
- 3 procidences du cordon
- 1 décollement prématuré du placenta normalement inséré
- 2 éclampsies
- 7 placenta praevia
- 3 néphropathies gravidiques
- 8 malformations congénitales
- 3 hémorragies méningées
- 4 isoimmunisations au facteur RH +
- 1 grippe chez le nouveau-né
- 1 tuberculose pulmonaire chez la mère
- 1 diabète chez la mère

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Influence de la nationalité

Nous sommes obligés d'admettre cette influence qui s'est faite sentir au fur et à mesure de notre travail.

La Française a un pronostic bon dans l'ensemble.

La Nord-Africaine de même, ce qui peut sembler surprenant a priori chez une population qui a ignoré jusqu'à ces dernières années les principes les plus élémentaires d'hygiène et qui ne connaît les bienfaits de la Médecine que depuis peu.

Ce fait peut s'expliquer par le principe de la sélection naturelle qui a joué sur ce peuple jusqu'à maintenant : ce qui a pu donner une race résistante. Mais, on peut prétendre aussi que les femmes jeunes, en âge de procréer, ayant suivi leurs maris en France, appartiennent à une génération et à un milieu ayant bénéficié des soins apportés par notre pays, ce qui d'ailleurs pourrait très bien expliquer l'essor de la démographie Algérienne, en particulier ces dernières années.

Au passage, nous rappellerons le petit nombre de varices chez la femme Nord-Africaine, par rapport à la Française. Doit-on y voir l'influence d'un facteur génétique ? Vraisemblablement. Cependant, il ne faut peut-être pas négliger les facteurs favorisants tels que le travail et la vie domestique plus compliquée chez la Française, alors que la Nord-Africaine n'a pas de travail à l'extérieur, et mène une vie domestique plus naturelle...

L'Italienne, et surtout l'Espagnole, n'ont pas un bon pronostic, surtout en ce qui concerne le déroulement de l'accouchement. Il faut noter ici l'importance de l'association : rachitisme et bassins rétrécis.

Les suites de couches ne sont pas très bonnes chez l'Espagnole.

Faut-il penser, surtout chez ces dernières, que nous avons affaire à des femmes provenant d'un pays où les soins donnés à la classe pauvre sont médiocres.

Influence du domicile

Les taudis se sont révélés évidemment défavorables et, en particulier, nous y avons vu un chiffre important de bassins rétrécis, une mortalité périnatale importante et des suites de couches compliquées.

Le milieu rural a donné dans l'ensemble une mauvaise impression, surtout en ce qui concerne les femmes habitant dans les fermes.

Nous ne nions certes pas, l'influence possible de ce type de domicile, assez souvent sans hygiène, dont les habitants jusqu'à ces dernières années étaient délaissés par la Sécurité Sociale.

Mais il faut quand même préciser que les malades reçues à l'Hôtel-Dieu ont été, pour cette catégorie, l'objet d'une sélection faussant la statistique, car la grande majorité des cultivatrices accouchent chez elles ou dans des Maternités rurales, comme celles de SAINT-MARTIN-EN-HAUT ou de SAINT-SYMPHORIEN-SUR-COISE, lorsqu'il n'y a pas de dystocie.

Avant de terminer ce paragraphe, nous tenons à insister sur les excellents résultats obtenus par les accouchées de la Maison des Mères de Gerland, si l'on excepte toutefois les suites de couches, perturbées probablement du fait des vaginites à germes banaux, à trichomonas ou mycosiques spécialement fréquentes chez ces jeunes femmes. Cela s'explique par la situation sociale souvent assez déficiente de ces jeunes accouchées et les difficultés rencontrées par le personnel de l'Etablissement pour obtenir les soins d'hygiène demandés aux pensionnaires.

Influence de la situation matrimoniale

Dans l'ensemble, ce facteur a joué un rôle minime. Cependant il faut insister sur la fréquence plus grande des néphropathies gravidiques, des accouchements prématurés et des suites de couches perturbées chez les célibataires.

Néphropathies et suites de couches peuvent s'expliquer par le fait que ce sont, d'une part, de jeunes primigestes et, d'autre part, qu'elles exercent pour subvenir à leurs besoins, des professions pénibles.

Il en est de même pour la prématuration.

Influence de la profession

a) VARICES

Nous avons relevé le fait que les femmes sans profession ont plus de varices que les femmes exerçant des professions privilégiées.

Faut-il voir ici l'influence du travail domestique, d'ailleurs retrouvée chez les cultivatrices ?

Pourtant, comme nous l'avons vu plus haut, la Nord-Africaine ne travaillant pas a moins de varices. Faut-il invoquer à nouveau le facteur génétique ou faut-il interpréter ce résultat avec prudence et entreprendre une enquête statistique plus vaste ?

b) RETRECISSEMENTS PELVIENS

Comme nous l'avons expliqué dans le chapitre précédent, il faut voir davantage l'influence du milieu social pauvre, que celle de la profession pour ce qui est des bassins rétrécis chez les ouvrières.

c) DYSGRAVIDIES

Nous avons déjà eu l'occasion de noter l'influence du travail pénible (ouvrières, gens de maison) sur les néphropathies gravidiques et les suites de couches.

Influence de l'âge

Notre statistique a montré que les chances d'avoir des varices augmentent avec l'âge, ce qui confirme une notion bien connue.

Nous avons relevé la fréquence particulière des bassins rétrécis dans la catégorie de nos malades âgées de 16 à 20 ans. Nous en avons donné l'explication dans le chapitre précédent en insistant sur le fait que cette génération est celle de la dernière guerre mondiale.

Les suites de couches sont plus perturbées aux deux extrémités de notre éventail d'âges, ce qui peut laisser penser que la femme est plus résistante entre 20 et 30 ans.

Enfin, nous voulons attirer l'attention sur la surmortalité infantile se rencontrant chez les mères au dessus de 35 ans. Elle est de 7,55 % chez ces dernières, alors qu'elle n'est que de 2,80 % chez les femmes dont l'âge se situe entre 20 et 30 ans (chiffre le plus bas). A noter que pour l'ensemble des accouchements, elle est de 3,50 %.

Nous sommes tenté de l'expliquer par l'influence du facteur vasculaire. Le vieillissement des vaisseaux maternels entraîne probablement des défauts de vascularisation utérine et placentaire.

Enfin il faut noter qu'à cet âge on rencontre beaucoup de grandes multipares.

Nous constatons donc que l'âge le meilleur pour procréer semble se situer entre 20 et 30 ans.

CONCLUSIONS

1°) Notre étude porte sur 3.509 observations recueillies à la MATERNITE de l'HOTEL-DIEU, Service du Docteur MAGNIN, du 1er janvier 1962 au 31 août 1963.

2°) Nous avons recherché l'influence sur les différentes affections pathologiques de la grossesse, sur le déroulement de l'accouchement, sur l'état du nouveau-né et sur le déroulement des suites de couches, des cinq facteurs : Nationalité, Domicile, Situation matrimoniale, Profession et Age.

3°) Nous avons soumis au calcul statistique (Test χ^2 de Pearson) un certain nombre de données particulièrement intéressantes.

Nous avons pu en déduire pour les seuils de probabilité variables ($P = 0,01$ — $P = 0,025$ — $P = 0,05$), l'influence déterminante de certains facteurs sur certaines de ces données.

a) *Néphropathies gravidiques*

L'influence de la situation matrimoniale et de la profession s'est révélée déterminante.

On relève une fréquence particulièrement élevée de ces néphropathies chez les femmes célibataires, chez celles qui travaillent et en particulier quand elles exercent un emploi domestique.

b) *Varices*

L'influence de la Nationalité, du Domicile, de la Profession et de l'Age s'est révélée déterminante.

On relève une fréquence particulièrement faible des varices chez les Nord-Africaines, élevée chez les femmes qui habitent dans les fermes, de même chez les femmes sans profession, et enfin chez les femmes qui ont plus de 30 ans.

c) *Bassins rétrécis*

L'influence de la Nationalité, du Domicile, de la Profession et de l'âge s'est révélée déterminante.

On relève une fréquence particulièrement élevée des rétrécissements pelviens chez l'Italienne et surtout chez l'Espagnole, de même chez les femmes habitant des immeubles insalubres, chez les ouvrières et chez les femmes dont l'âge est compris entre 16 et 20 ans.

d) *Prématuration*

L'influence de la situation matrimoniale s'est révélée déterminante.

La fréquence des accouchements prématurés est plus grande chez les femmes célibataires.

e) *Suites de couches*

L'influence des cinq facteurs choisis s'est révélée déterminante.

La fréquence des suites de couches compliquées est élevée chez les Espagnoles, chez les femmes habitant les immeubles insalubres et la Maison des Mères, chez les femmes qui exercent un emploi, chez les femmes célibataires et chez les femmes dont les âges se situent entre 16 et 20 ans et au dessus de 35 ans.

f) *Mortalité périnatale*

L'influence du domicile, de la profession et de l'âge s'est révélée déterminante.

On relève une fréquence particulièrement élevée de la mortalité périnatale chez les femmes habitant les immeubles insalubres, chez les cultivatrices et chez les femmes âgées de plus de 35 ans.

Vu :

Le Doyen,

J.-F. CIER

Vu :

Le Président de la thèse,

Professeur BANSSILLON

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 22 Novembre 1963

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université

P. LOUIS

TABLE DES MATIÈRES

— INTRODUCTION

— DEFINITIONS

— MATERIEL

- a) Position de l'Hôtel-Dieu et de la Maternité.
- b) Durée de la période d'investigation.
- c) Résultats généraux de la statistique.
- d) Généralités sur les rubriques n'ayant pas été l'objet d'une étude statistique.
- e) Résultats portant sur les rubriques ayant été sélectionnées pour l'étude statistique.

— COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

— CONCLUSIONS
